FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1908 — THÈSE — N° 33

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 18 novembre 1908, à 1 heure

PAR

Mademoiselle R. BIDAUX

ETUDES

SUR LE

TRAITEMENT DE LA COXALGIE

Président : M. RECLUS, *professeur*

Juges MM. KIRMISSON, *professeur*
PIERRE DUVAL, *agrégé*
OMBREDANNE, *agrégé*

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

PARIS
LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE
JULES ROUSSET
1, Rue Casimir-Delavigne, 1

1908

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. LANDOUZY
Professeurs	MM.
Anatomie	NICOLAS
Physiologie	CH. RICHET
Physique médicale	GARIEL
Chimie organique et Chimie générale	GAUTIER
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD
Pathologie médicale	BRISSAUD DEJERINE
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	PIERRE MARIE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	QUENU
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	GILBERT
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie	GILBERT BALLET
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	HAYEM DIEULAFOY DEBOVE LANDOUZY
Maladies des enfants	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	JOFFROY
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND
Clinique chirurgicale	LE DENTU BERGER RECLUS SEGOND
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	ALBARRAN
Clinique d'accouchements	PINARD BAR RIBEMONT-DESSAIGNES
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	ALBERT ROBIN

Agrégés en exercice.

MM.

AUVRAY	CUNEO	LAUNOIS	NOBECOURT
BALTHAZARD	DEMELIN	LECENE	OMBREDANNE
BRANCA	DESGREZ	LEGRY	POTOCKI
BEZANÇON (FER.)	DUVAL (PIERRE)	LENORMANT	PROUST
BRINDEAU	GOSSET	LŒPER	RENON
BROCA (ANDRÉ)	GOUGET	MACAIGNE	RICHAUD
BRUMPT	JEANNIN	MAILLARD	RIEFFEL, chef
CARNOT	JEANSELME	MARION	des travaux anat.
CASTAIGNE	JOUSSET (ANDRÉ)	MORESTIN	SICARD
CLAUDE	LABBE (MARCEL)	MULON	ZIMMERN
COUVELAIRE	LANGLOIS	NICLOUX	

Par délibération en date du 8 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions, émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA MÈRE

A MON MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR DUCROQUET

Hommage de ma profonde reconnaissance.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur RECLUS

A MES MAITRES EN CHIRURGIE

Monsieur le Professeur agrégé WALTER

Monsieur le Professeur agrégé JALAGUIER

Monsieur le Professeur PINARD

A MES MAITRES EN MÉDECINE

Monsieur le Professeur agrégé RENON

Monsieur le Professeur DIEULAFOY

Monsieur le Professeur agrégé MÉRY

ÉTUDES

SUR LE

Traitement de la Coxalgie

INTRODUCTION

On admet à l'heure actuelle, d'une façon à peu près unanime, que l'immobilisation, prolongée pendant un temps plus ou moins long, est seule capable d'arrêter les ravages causés par les lésions tuberculeuses dans les articulations.

La coxalgie, qui est une des manifestations les plus fréquentes et les plus redoutables des tuberculoses articulaires, est ordinairement traitée selon ce principe. Pourtant, les résultats que l'on obtient sont loin d'être entièrement satisfaisants, puisque l'on considère encore comme l'issue la meilleure, dans la généralité des cas, la guérison par ankylose en bonne position.

La retour des fonctions de la hanche n'apparaît que

comme une heureuse exception, ne concernant, pour ainsi dire, que les atteintes très légères de la maladie.

Il y a donc encore quelque chose à faire pour arriver à ce résultat si enviable, la guérison fonctionnelle complète dans la plupart des cas de coxalgie.

Ce que nous nous proposons. dans ce travail, c'est de montrer l'importance qu'il y a à assurer au malade une immobilisation rigoureuse et un traitement régulier dès que l'on a reconnu la nature tuberculeuse d'une affection de la hanche.

Les observations que nous apportons à l'appui de tous nos arguments nous ont été fournies par des malades appartenant à la clientèle hospitalière ou privée de M. Ducroquet.

CHAPITRE PREMIER

Traitement régulier d'une coxalgie prise au début. — Résultats

---

Généralités. — On sait que la coxalgie possédant, en général, une évolution essentiellement chronique, peut affecter néanmoins une grande diversité de formes.

Nous voulons d'abord montrer combien il est important d'assurer au malade un traitement régulier jusqu'à ce qu'on ait la certitude de sa guérison définitive, quelle que soit la forme de coxalgie en présence de laquelle on se trouve. Ce qui nuit, bien souvent, c'est l'hésitation que l'on éprouve à imposer, en certains cas, le traitement dans toute sa rigueur.

Ceci n'est pas à craindre avec les formes graves qui se traduisent dès le début de la maladie par des phénomènes réactionnels intenses.

Un enfant fatigué le soir, réveillé par des cauchemars la nuit, boîtant par intermittences depuis quelques semaines, est pris tout à coup de violentes douleurs dans la hanche et dans la cuisse ; il pousse des hurlements en posant seu-

lement le pied à terre ; sa hanche est chaude, douloureuse au moindre contact et au moindre essai de mouvement ; devant des débuts aussi dramatiques, on n'hésite pas à formuler les prescriptions les plus sévères.

Mais, heureusement, ces formes sont rares.

Ce qu'on observe le plus souvent, ce sont tous les intermédiaires entre les cas graves dès le début et les formes légères, qui évoluent insidieusement, pendant des mois et quelquefois des années. On voit des cas de coxalgie exceptionnellement bénigne presque toujours chez des enfants d'un tempérament spécial, précocement obèses. Comme dans le cas typique que nous allons rapporter, les douleurs sourdes et fugaces sont prises pour des douleurs de croissance ou du rhumatisme ; la confusion est parfois d'autant plus admissible qu'il n'y a pour ainsi dire pas d'autres signes pendant bien longtemps, la claudication du début passe à peu près inaperçue.

Observation I. — *Cas de coxalgie exceptionnellement bénigne chez un enfant obèse.* — Robert L..., âgé de quinze ans, est actuellement guéri d'une coxalgie dont le début date d'environ deux ans. C'est un enfant très grand et très gros pour son âge.

En mai 1905, cet enfant fait une chute au collège ; il souffre du cou-de-pied : et on le traite pour une entorse pendant une quinzaine de jours.

Un mois après, il fait ses premiers essais de bicyclette ; une domestique qui l'accompagne remarque qu'il boite un peu en revenant à la maison. L'enfant s'aperçoit, en effet, qu'il éprouve une certaine gêne pour monter sur sa bicyclette.

Un médecin le voit et croit qu'il s'agit de rhumatismes accompagnant des douleurs de croissance; il ordonne des bains de Barège.

Le jeune garçon part à la campagne; il boite de plus en plus ; un médecin consulté croit aussi à du rhumatisme et conseille de continuer les bains.

En août 1905, se déclare une crise douloureuse dans le genou et le long de la cuisse. Cette crise dure un jour et une nuit, le médecin suppose une crise de croissance et conseille un repos au lit de huit jours. Quand l'enfant se relève il ne boite plus.

Il revient à Paris, son médecin ordinaire le revoit et croit qu'il a eu une crise de rhumatismes, il lui fait de l'électricité puis lui conseille beaucoup de marche et de mouvements de gymnastique. La claudication recommence et s'accentue.

En décembre 1905, les parents vont trouver un médecin, masseur de grande réputation, qui lui fait des massages du genou, et sur ces entrefaites le jeune garçon maladroit de sa jambe, souffrant de plus en plus dans ses mouvements, fait une nouvelle chute au collège.

Le 25 décembre, en revenant d'une promenade l'enfant ne peut plus marcher du tout ; il se couche et, peu de temps après les douleurs disparaissent. Le médecin le tient en observation ; puis il demande une consultation avec un chirurgien.

Au même moment, les parents prennent une consultation de M. Ducroquet qui pose le diagnostic de coxalgie et déclare qu'il faut soumettre immédiatement l'enfant à une immobilisation rigoureuse. A cette époque, la jambe se trouve en abduction et flexion de 25 degrés, en rotation externe de 45 degrés.

La rotation interne l'adduction et l'extension sont impossibles ; la flexion et l'abduction sont limitées à 45 degrés.

Le 20 janvier 1906, la consultation avec le chirurgien a lieu ; celui-ci trouve le cas anodin, l'enfant robuste; il conseille néanmoins le port d'un appareil pour recommencer la marche ; puis il confie lui-même le jeune malade à M. Ducroquet.

M. Ducroquet munit l'enfant d'un appareil en celluloïd et l'immobilise au lit pendant cinquante deux jours.

Le 23 février 1906, l'enfant part à la campagne, muni de l'appareil qu'il garde jour et nuit ; il marche quelques heures chaque jour.

En octobre 1906, le jeune garçon peut retourner au collège, toujours avec son appareil; il joue, court, ne se plaint plus de rien.

M. Ducroquet lui fait quitter l'appareil une fois, puis deux fois par semaine.

A partir de mai 1907, il le quitte tous les matins. En juillet 1907, il le quitte complètement.

Ce jeune garçon est actuellement guéri, ayant conservé tous les mouvements de sa hanche ; il reste toutefois un peu de limitation de la rotation interne.

Il faut reconnaître que ces formes de la maladie ne demandent qu'à guérir et qu'on n'est pas tenu de leur appliquer un traitement aussi sévère qu'à tous les autres cas. Mais aussi doit-on les considérer comme des formes anormales, tenant sans doute à ce que le germe tuberculeux rencontre un terrain particulièrement réfractaire à son développement.

En tout cas, ce que les faits permettent d'affirmer, c'est

que les formes les plus légères, abandonnées à elles-mêmes, ou traitées d'une façon insuffisantes, aboutissent tôt ou tard à la forme grave de la coxalgie, avec toutes ses conséquences.

Habituellement les choses se passent ainsi : les symptômes du début sont si bénins que l'on se borne à conseiller le repos au lit durant un temps variable ; effectivement, sous l'influence de ce régime, toute trace du mal semble avoir disparu ; on craint de prolonger inutilement les soins, et l'on permet au malade de reprendre sa vie ordinaire. Tout va bien ; puis, les premiers symptômes peu à peu reparaissent ; un jour, un traumatisme, une chute survient, favorisée peut-être par la maladresse inconsciente de certains mouvements, et une crise se déclare.

Quelquefois la crise est très aiguë et l'on institue immédiatement un traitement sévère ; mais souvent la crise est légère ; on se contente alors d'allonger la durée du premier traitement ; les événements se répètent ensuite de la même façon jusqu'à une nouvelle crise douloureuse, plus forte que la première.

On voit la maladie suivre une marche progressive jusqu'à ce qu'enfin une poussée aiguë se déclare, donnant lieu à tous les symptômes dramatiques des cas les plus graves de la coxalgie.

Ces formes aggravées ne sont pas rares : nous en apportons ici deux exemples, dont l'un nous montre l'évolution caractéristique d'une coxalgie, légère au début, ayant demandé six années, marquées par plusieurs rechutes, pour aboutir à des phénomènes graves qui ne guériront que

par ankylose. Cette enfant est encore en traitement à l'hôpital *à la neuvième année de sa maladie !*

Notre seconde observation montre qu'il n'est pas exagéré d'apporter toujours la même rigueur dans le traitement de la coxalgie, car on voit que les formes les plus légères sont susceptibles d'évoluer comme les autres si on laisse se produire la moindre irrégularité dans leur traitement.

Observation II. — *Coxalgie, légère au début, ayant suivi une évolution progressive pendant six années.* — Maria G..., âgée de seize ans, est atteinte d'une coxalgie depuis l'âge de neuf ans.

En juillet 1899, elle tombe de son banc à l'école et revient en boitant chez ses parents.

Un médecin la voit et trouve de la douleur à la pression au niveau de la hanche ; mais les mouvements ne sont pas douloureux ; d'ailleurs l'enfant ne se plaint pas ; elle n'a pas de cauchemars la nuit.

A l'hôpital des Enfants-Malades, on la met à l'extension continue. Au bout de six semaines, on enlève les poids ; mais elle reste couchée pendant trois mois.

Elle ne se plaint toujours pas ; on la laisse se lever, puis elle retourne à l'école, la hanche tout à fait libre.

En juillet 1900, nouvelle chute dans l'escalier ; l'enfant se remet à boîter, et, peu de temps après, part à la campagne.

Elle revient en octobre. Un matin, partant à l'école, elle pousse des cris en descendant l'escalier ; elle ne peut plus poser le pied à terre ; elle se couche et continue à souffrir beaucoup pendant cinq ou six jours, surtout la nuit.

On la ramène aux Enfants Malades où on la remet à l'extension. Dès qu'elle y est, elle ne souffre plus du tout.

Au bout de six mois, elle recommence à marcher sans appareil, avec des béquilles. Elle ne souffre plus et ne boite presque pas.

Elle quitte ses béquilles deux ans après et les remplace par une canne. Elle boite un peu, mais ne souffre pas.

En juillet 1905, elle tombe et recommence à souffrir beaucoup de sa hanche ; elle ne peut plus marcher. Sa mère s'aperçoit que la jambe se raccourcit beaucoup.

En octobre 1905, on l'amène à la consultation de la polyclinique Rothschild.

M. Ducroquet trouve la cuisse en *adduction directe ;* il la redresse sous chloroforme et met un plâtre jusqu'à la cheville.

L'enfant est immobilisée jusqu'en novembre 1907.

Le 14 novembre 1907, M. Ducroquet permet la marche avec des béquilles.

En avril 1908, l'enfant quitte progressivement ses béquilles, mais garde toujours son appareil.

Le 12 mai 1908, on constate 10 à 15 degrés de mobilité dans la hanche ; aucune douleur.

Observation III. — *Coxalgie légère au début, aggravée à la suite d'une faute commise pendant la période d'immobilisation.* — M..., actuellement âgée de neuf ans, a présenté les premiers symptômes de coxalgie à l'âge de trois ans.

En mars 1902, elle commença à mal marcher, boitant un peu et allongeant la jambe raide en arrière pour ramasser ses jouets ; elle se fatiguait vite et demandait à être portée. Cela dure quatre mois pendant lesquels le médecin croyait à des douleurs de croissance.

En août 1902, les parents consultent un chirurgien qui porte le diagnostic de coxalgie.

Puis on enmène l'enfant à Berck où on la met dans une gouttière avec des poids pour l'extension, pendant quatorze mois.

Elle ne souffre pas, et son état général redevient bon ; mais elle n'est surveillée que pendant trois mois, après lesquels ses parents la laissent s'asseoir sur son lit et quelquefois marcher un peu.

Au bout de ces quatorze mois de traitement, suivi d'une manière inccorrecte, les parents la montrent à un chirurgien qui la trouve en forte flexion.

Il la met à l'extension continue pendant neuf mois en recommandant une surveillance sévère ; l'extension ramène le membre à la position droite.

En mars 1905, M. Ducroquet voit cette enfant et lui fait un appareil en celluloïd dans lequel elle doit garder le repos absolu au lit.

L'enfant était alors en très bonne santé, et sa jambe avait au moins 40 degrés de mouvement.

Tout s'annonçait pour une guérison complète.

Malgré l'ordre formel d'immobilisation, les parents la laissent marcher.

En octobre 1905 on la ramène à M. Ducroquet.

L'enfant souffrait depuis six semaines, jour et nuit.

Au moment où on a enlevé l'appareil, la jambe était très douloureuse dans les moindres manœuvres.

D'octobre 1905 à juillet 1907, l'enfant est remise au repos absolu avec son appareil de celluloïd.

Au début, menace d'abcès ; empâtement de la région externe de la cuisse.

Puis l'amélioration se produit : l'enfant ne souffre plus du tout depuis mars 1906.

En juillet 1907. M. Ducroquet permet la marche avec des béquilles et une semelle surélevée sous le pied sain.

En avril 1908, l'enfant marche depuis neuf mois sans incident ; depuis un mois, elle quitte ses béquilles et l'appareil est articulé au genou.

La jambe est en bonne position, léger degré d'adduction donnant à peine 1 centimètre de raccourcissement apparent ; l'ankylose semble très solide, il reste peut-être 1 à 2 degrés de mouvement.

En résumé, il faut être fermement convaincu que toute coxalgie nettement diagnostiquée est justiciable d'un traitement rigoureux et parfaitement régulier. Surtout lorsque la maladie a des allures bénignes, on doit se garder soigneusement de toute négligence, car c'est précisément en présence de tels cas que le traitement intervient d'une manière toute puissante.

Technique du Traitement. — Comment doit-on traiter une coxalgie ?

Un point nous est acquis : toute coxalgie doit être soumise à un traitement régulier jusqu'à ce qu'on soit en mesure d'assurer sa guérison.

En quoi consiste donc un traitement régulier, et quels sont les procédés que l'on emploie pour obtenir une immobilisation rigoureuse du membre malade ?

La conduite que nous allons exposer est celle que nous avons appris à connaître et à pratiquer à l'hôpital, sous la direction de M. Ducroquet.

Nous n'aurons en vue dans cette description que les cas d'*intensité moyenne*, pris avant toute espèce de complications, attitudes vicieuses solidement fixées par des rétractions capsulaires, abcès, effondrement osseux et luxation.

D'une façon générale, le traitement comprend deux phases : une phase d'immobilisation qui a pour but d'assurer la guérison définitive des lésions ; en second lieu, une phase fonctionnelle pendant laquelle le malade recouvre d'une façon très progressive la fonction de son membre.

En réalité, ces deux phases à un certain moment se confondent ; si bien que pour la clarté de la description, le traitement peut être divisé en trois périodes.

Première période. — Immobilisation au lit avec un appareil ; c'est ce qu'on peut appeler la période d'*immobilisation absolue.*

Dans les cas qui nous occupent, cette période doit durer de douze à dix-huit mois.

Deuxième période. — Marche avec l'appareil.

Cette période appartient tout à la fois à la période d'immobilisation et à la période fonctionnelle.

Sa durée doit être d'environ un an.

Troisième période. — C'est la période purement fonctionnelle. Sa durée est nécessairement très variable selon les cas.

Pour la durée totale du traitement, on ne doit pas compter moins de trois ans.

Première période ou période d'immobilisation absolue. — L'immobilisation de la hanche, avons-nous dit, est à la base de tous les traitements préconisés à l'heure actuelle contre la coxalgie.

Il ne s'agit que de s'entendre sur ce que doit être l'immobilisation : toute la question est là. Les données de l'anatomie pathologique d'une part, celle de l'expérience d'autre part, conduisent à admettre que pour arrêter définitivement les progrès des lésions tuberculeuses dans les épiphyses des os et les tissus articulaires, l'immobilisation de l'articulation malade doit être aussi absolue qu'il est en notre pouvoir de l'obtenir.

Dans une articulation comme celle de la hanche, mobile en tous sens, et de plus destinée à supporter tout le poids du corps pendant la station verticale, l'immobilisation absolue ou, pour mieux dire, la suppression de toute espèce de fonction, ne peut être réalisée que si le malade est tenu au lit avec un appareil capable d'entraver tous les mouvements susceptibles de se produire dans sa jointure ; c'est dire avec quelle précision et quelle minutie on doit veiller à la confection de cet appareil.

En conséquence, pendant toute la durée de cette période, le malade est condamné au lit avec défense formelle de poser le pied à terre. A moins de contractures de défense justiciables de l'extension continue préalable, on l'y installe dès le premier jour du traitement muni d'un appareil dit *appareil d'immobilisation*. Le genre d'appareil que l'on emploie communément est le *plâtre*.

Nous ne saurions trop nous étendre sur les détails de la

confection d'un plâtre de coxalgie puisque c'est là, on le comprend, un des points essentiels du traitement.

L'appareil est fait avec des bandes plâtrées que l'on déroule sur les parties à recouvrir de façon à les entourer complètement.

La peau du patient est d'ailleurs suffisamment protégée contre l'irritation du plâtre par deux jerseys superposés formant séreuse (1).

Cette innovation des maillots de jersey offre de précieux avantages sur le rembourrage par l'ouate ; elle seule permet de fixer d'une façon sérieuse l'appareil au corps du malade et l'on comprend que ce soit la première condition à remplir si l'on veut que les segments articulaires conservent entre eux des rapports constants.

D'ailleurs le rembourrage par l'ouate n'a plus aucune raison d'être quand on applique de point en point la technique que nous avons adoptée.

Il suffit de changer autant de fois qu'il est nécessaire l'orientation de la bande plâtrée par une série de *retournés*, afin d'éviter que les bandes ne forment cordes, ce qui blesserait le malade quand le plâtre serait sec ; et surtout, avant même d'achever l'appareil, alors que les bandes plâtrées sont encore malléables jusque dans la profondeur, il ne faut pas oublier de faire un moulage soigneux de toutes les éminences osseuses du bassin et du membre inférieur. Cette précaution est indispensable à deux points de

---

1. Voir pour plus de détails : Dr Ducroquet. *Traité de Thérapeutique orthopédique*. « I. Les tuberculoses osseuses. » Jules Rousset, 1907.

vue. D'une part, elle permet d'éviter l'escarre qui ne manque pas de se produire dans les appareils les mieux bourrés d'ouate ; d'autre part, c'est grâce à ce moulage des parties saillantes du squelette que l'on parvient à rendre les parties malades parfaitement solidaires de l'appareil.

On procède donc au moulage du dôme des hanches, des épines iliaques, du pubis et de l'ischion répondant au côté malade, pour le bassin, d'une part; des condyles fémoraux et des chevilles, pour le membre malade, d'autre part.

Dès lors l'appareil, accroché de tous côtés, butant dans tous les sens, ne peut plus ni descendre, ni remonter, ni tourner.

Toutefois cela n'est pas suffisant.

Nous avons dit que la principale raison d'être de l'appareil était d'entraver les moindres mouvements susceptibles de se produire dans l'articulation malade. Si l'on veut remplir à ce point de vue toutes les conditions désirables, il faut avoir recours à de nouveaux expédients.

Tout d'abord quels sont ces mouvements ?

Ce sont d'une façon générale des mouvements de flexion, de latéralité et de rotation.

Les mouvements de flexion ont une faible tendance à se produire pendant cette période de repos au lit ; ils ne nécessitent donc pas, ici, de précautions spéciales.

Il n'en est pas de même pour les mouvements de latéralité et de rotation.

Les mouvements de latéralité qui, seuls, nous intéressent sont des mouvements d'*adduction*. A vrai dire, ces mouvements n'ont tendance à se produire que pendant la

période de marche et nos efforts ne visent, avec ce premier appareil, qu'à empêcher la diminution du degré d'abduction dans lequel on met intentionnellement le membre.

En fait, notre conduite reste la même quel qu'en soit le motif. Elle consiste à tailler une large échancrure qui supprime le moule plâtré sur toute la moitié du thorax répondant au côté malade ; de ce côté, le bord supérieur du plâtre croise les fausses côtes, tandis que du côté sain il s'élève jusqu'à l'aisselle, formant une plaque d'arrêt contre toute poussée du membre en dedans. C'est ce que l'auteur de la technique décrit sous le nom de plaque de contre-adduction.

On conçoit en effet que, dans toute tentative du membre vers l'adduction, la partie pelvienne de l'appareil tende à basculer en sens inverse ; et cela arriverait fatalement si son bord supérieur pouvait venir s'enfoncer entre le bassin et les fausses côtes du côté sain.

Quant aux mouvements de rotation, s'ils sont suffisamment entravés par le moulage exact des condyles fémoraux chez les sujets maigres, il n'en est pas de même chez les gras et, en général, chez les jeunes enfants ; dans ces derniers cas, il faut avoir recours à la prise du pied.

Nous avons eu plusieurs fois l'occasion de voir ramener à l'hôpital un enfant nouvellement traité pour une coxalgie, parce qu'il continuait de souffrir et de se lamenter jour et nuit. Croyant devoir à bon escient simplifier l'appareil, on avait évité de prendre le pied. Il suffisait alors de réparer l'erreur pour que, la nuit suivante, le petit malade reposât dans un calme qu'il ne connaissait plus.

On voit que, grâce à tant de précautions, il est possible

de pourvoir le malade d'un appareil de contention parfaite ne permettant pas le moindre jeu articulaire dans sa hanche infirme.

Deuxième période. — Le malade est arrivé à la deuxième année de son traitement ; pendant toute la durée de cette période, il reste muni de son appareil d'immobilisation identiquement tel que nous venons de le décrire ; c'est même alors que la *plaque thoracique de contre-adduction* est appelée à lui rendre le plus grand service.

Ce qui doit éclairer notre conduite pendant cette période, c'est la connaissance exacte des nouvelles conditions dans lesquelles le malade commence ses premiers essais de marche.

M. Ducroquet a particulièrement insisté (1) sur les modifications spéciales que présentent les tissus articulaires, après une immobilisation prolongée.

Du côté des muscles, il se produit une atrophie considérable qui les rend impropres à jouer leur principal rôle comme ligaments actifs de l'articulation ; cette dernière se trouve dès lors livrée à toutes sortes d'influences qui ont surtout pour effet de créer des attitudes vicieuses articulaires ; ainsi doit-on s'expliquer cette tendance très marquée qu'ont tous les coxalgiques à faire de l'adduction quand ils recommencent à marcher.

Du côté des ligaments et de la capsule, il se produit un

---

1. Pillet, thèse de Paris, 1907.
Lucas-Championnière. *Journal de Médecine et de Chirurgie*, 1907.

travail de rétraction fibreuse dans toutes les parties en état de relâchement tandis que les parties tendues se distendent ; ceci nous permet encore de comprendre pourquoi il était avantageux de placer le membre dans un certain degré d'abduction dès le début du traitement : « On se prépare ainsi, sur le toit de l'articulation, un ligament qui sera capable de suppléer jusqu'à un certain point à l'action insuffisante du moyen fessier, c'est-à-dire d'empêcher la bascule du bassin du côté malade pendant la marche ». (Ducroquet.)

Du côté des os enfin, il se fait un travail très particulier de raréfaction osseuse qui, joint au processus d'ostéite raréfiante qui accompagne toute lésion tuberculeuse, entraîne une fragilité excessive des segments articulaires.

Cette dernière notion mérite de nous arrêter, à présent, car elle nous commande une grande prudence dans la façon de permettre la marche à un coxalgique qui vient d'être immobilisé au lit pendant toute une année.

La deuxième période du traitement se divise donc en deux phases :

Dans une première phase, on fait marcher le malade avec des béquilles et une semelle de liège surélevant le pied sain de telle sorte que l'autre membre restant ballant ne subisse aucune pression entre le corps et le sol ; si les conditions économiques s'y prêtent, il est encore préférable de munir le malade d'un appareil orthopédique dit de *décharge* qui permette de transmettre tout le poids du corps directement au sol au moyen de tiges métalliques formant un étrier, qui porte à quelques centimètres au-dessous du pied malade.

Dans une seconde phase venant au bout de quelques semaines ou de quelques mois, suivant le siège et la gravité présumées des lésions, on permet la marche sans béquilles, avec le simple appareil d'immobilisation terminé à la cheville.

Troisième période. — Au point de vue particulier où nous nous plaçons dans cette étude, le malade doit, pendant la dernière période du traitement, dite période fonctionnelle, récupérer peu à peu la parfaite mobilité de sa hanche.

Pour arriver à un semblable résultat, rarement atteint auparavant, il est à peine besoin de dire que la période fonctionnelle venant dernière, quand toute crainte de récidive du mal semble écartée, mérite pourtant encore des soins méticuleux. S'il est vrai que, pendant la période précédente, le membre, définitivement guéri de toute lésion, a regagné par un certain exercice, force et solidité, il n'en faut pas moins convenir qu'il se trouve encore dans un état de fonctionnement très précaire à tous les points de vue. La logique, puis l'expérience, ainsi que nous le verrons dans la suite, prouvent trop clairement que l'on risque d'amères déceptions si on le libère trop brusquement de tout moyen de contention.

Là surtout, il convient d'user de méthode et de prudence.

Il ne nous reste qu'à connaître les procédés que l'on emploie dans la pratique.

On commence par couper l'appareil au-dessus du genou ; nous savons que l'on permet ainsi les mouvements de

rotation dans une large mesure ; ces mouvements, de faible amplitude, quant au déplacement du membre, sont sans dangers pour le malade pendant la marche.

Puis on coupe l'appareil sur la ligne médiane du dos et de la cuisse, afin que le malade puisse le quitter, étant couché, pendant quelques heures chaque jour, sous condition que sa conscience en état de veille lui interdise tout mouvement intempestif.

Enfin, on remplace le plâtre par un *appareil gommé* ne servant plus que pour la marche.

Ce dernier appareil est confectionné selon la même technique que le plâtre, il a ceci de spécial qu'on le fait avec des bandes de tarlatane simplement amidonnées. A peine rigide il n'entrave pour ainsi dire plus les mouvements de la hanche pendant la marche, acheminant ainsi le malade vers l'absence absolue de contention.

Dans la pratique hospitalière, on en est, en effet, actuellement réduit à cet à peu près. Car, pour tout dire, la meilleure pratique consiste à remplacer l'appareil d'immobilisation par un appareil dit *articulé* ou *à mouvements progressifs*.

Cet appareil est pourvu de pièces métalliques articulées au niveau de la hanche de façon à permettre que tous les mouvements s'y accomplissent dans leurs conditions physiologiques normales. Des crans d'arrêt limitent le mouvement dans les divers sens ; on peut ainsi rendre la mobilité au membre d'une façon très progressive et très prudente, à condition de rester toujours en deçà de ce que le malade peut faire spontanément lorsqu'il est privé de son appa-

reil ; nous reviendrons sur l'importance de cette conduite dans la seconde partie de notre étude.

*
* *

Un point reste à éclaircir : lorsqu'on établit la période fonctionnelle, on suppose que la maladie est déjà complètement guérie.

Qu'est-ce donc qui nous autorise à croire la maladie guérie ? Sur quoi pouvons-nous nous fonder pour passer à la dernière période du traitement ?

Dans tous les cas, il ne peut être question de cesser l'immobilisation que lorsqu'il n'y a plus trace d'empâtement de la hanche, ni aucun point osseux douloureux sous la pression des doigts ; mais ce n'est pas tout.

Nous ne devons pas oublier que nous nous trouvons en présence d'une articulation qui vient d'être immobilisée pendant un temps fort long et que, d'autre part, cette immobilisation s'est nécessairement accompagnée au moins à son début d'une réaction inflammatoire d'intensité variable.

Etant données ces deux conditions réunies, nous prévoyons qu'à la fin de la période d'immobilisation la hanche guérie présentera toujours un certain degré d'ankylose.

Ce qu'il importe avant tout de déterminer c'est la véritable nature de cette ankylose.

Nous affirmons, en effet, que le plus grand nombre des enfant traités en temps voulu, comme nous venons de le dire, guérissent avec une mobilité parfaite de leur hanche ; mais nous n'en devons pas moins songer aux cas

dans lesquels les lésions tuberculeuses, suffisamment évoluées pour produire des dévastations fougueuses de la capsule et des ligaments, ne peuvent guérir que par un tissu de cicatrice.

D'ailleurs, ce dernier résultat n'implique pas du tout l'absence d'une période fonctionnelle dans le traitement, le membre ankylosé recouvrant toujours une de ses fonctions, celle de support pendant la marche ; seulement notre conduite est, ici, tout opposée à celle que nous avions envisagée jusqu'à présent : loin de seconder la moindre tentative de mobilisation de la part du membre malade, tous les soins doivent tendre à renforcer la solidité de la cicatrice en prolongeant autant de temps qu'il est nécessaire la période d'immobilisation.

Il est donc indispensable que nous possédions un judicieux critérum de conduite, lorsqu'au moment d'instituer la période fonctionnelle, nous devrons nous décider entre la mobilisation ou le renforcement de l'ankylose.

Ce qui doit nous guider, c'est le degré d'amplitude des mouvements que l'on peut produire à ce moment dans le membre malade.

Cet examen nécessite d'infinies précautions. Il ne faut pas oublier qu'il s'agit d'un membre fragile qui exige la plus grande douceur dans les moindres manœuvres.

On commence par rassurer le malade, le prévenant que l'on n'a aucun mal à lui faire ; d'une main on fixe le bassin par l'intermédiaire du pubis, afin de se rendre un compte exact des mouvements purement articulaires ; de l'autre main, passée sous la cuisse, on imprime d'abord de légers mouvements de soulèvement ; puis, sans quitter des

yeux la physionomie du malade, afin d'y saisir la moindre réaction douloureuse, on augmente peu à peu l'intensité des mouvements jusqu'à ce qu'on se heurte au frein constitué par la rétraction fibreuse.

On recherche avec la même prudence quelle est la mobilité du membre dans tous les sens, flexion, latéralité, rotation : ces diverses manœuvres devant rester parfaitement indolores.

Quand on a acquis toutes les données que peut fournir cet examen, on en tire des conclusions subordonnées à une règle absolue qui est la suivante:

Ce n'est qu'au cas où l'amplitude ainsi recherchée atteint facilement une vingtaine de degrés dans tous les sens que l'on est autorisé à s'orienter franchement vers la mobilisation progressive de cette ankylose purement physiologique.

Résultats. — Et maintenant, quels sont d'une façon plus précise les résultats que l'on obtient lorsqu'on soumet, très régulièrement, au traitement que nous venons de décrire, un enfant présentant des signes de coxalgie au début ?

Le plus grand nombre des enfants, avons-nous dit, recouvrent la complète mobilité de leur hanche, pourvu que le traitement ait été institué à temps. Ceci mérite plus d'explications, car le point important est de savoir quand une coxalgie cesse de présenter des symptômes de début. On comprend qu'il n'est pas possible de faire une délimitation exacte entre les cas encore complètement guérissables et ceux qui ne le sont plus ; néanmoins, l'expérience des faits

nous permet de fixer les idées sur ce sujet ; elle nous permet d'affirmer que la guérison fonctionnelle est encore la règle quand la maladie a franchi un certain degré d'évolution et qu'elle est arrivée à ce qu'il est classique d'appeler sa seconde période ou période des attitudes vicieuses.

Nous allons citer ici les observations de trois enfants guéris avec un retour intégral des fonctions de la hanche.

Nous donnons la première observation comme l'exemple type d'un cas pris dès le début, alors qu'il n'y avait pour tous symptômes cliniques que la douleur, la claudication intermittente et la limitation de certains mouvements.

Le traitement trouvait là des conditions particulièrement favorables, mais il faut avouer qu'elles sont malheureusement trop rares parmi la clientèle hospitalière.

Ce qu'on voit plus souvent, ce sont des enfants qui, lorsqu'ils sont amenés pour la première fois à la consultation, ont déjà beaucoup souffert ou, tout au moins, souffrent et boitent depuis longtemps.

Dans les deux autres cas que nous rapportons, l'évolution avait été jusque-là très différente : dans l'un, la lésion était ancienne, mais primitivement légère, car elle avait mis neuf mois à s'aggraver ; dans l'autre, au contraire, il s'agissait d'une forme grave presque dès le début.

Quoi qu'il en soit, ces deux enfants présentaient, au moment où on a institué le traitement, une attitude vicieuse suffisamment fixée pour nécessiter un redressement manuel sous chloroforme.

Nous insistons sur ce fait qu'il s'agit ici d'une attitude fixée nécessitant un véritable redressement, et non pas d'une simple contracture de défense qui cède d'elle-même

sous le chloroforme, sans que l'opérateur ait besoin d'intervenir.

Si facile, d'ailleurs, qu'ait été l'intervention, il nous est permis d'en conclure qu'il s'était produit une réaction inflammatoire dans la synoviale et la capsule articulaire, sourde et progressive dans un cas, récente dans l'autre, mais assez intense pour déterminer en peu de temps la rétraction des parties ligamenteuses en état de relâchement.

Observation IV. — *Cas type pris au début. — Guérison fonctionnelle intégrale.* — En janvier 1906, douleurs dans la hanche qui reparaissent plusieurs fois de suite à quinze jours d'intervalle; en même temps, boiterie légère, qui se montre par instants.

En mars, à l'examen M. Ducroquet trouve un peu de limitation de la flexion et de l'adduction et de la douleur à la pression sur la tête fémorale.

Immobilisation dans un plâtre et repos absolu au lit jusqu'en mai 1907.

De mai à octobre 1907, marche avec un appareil de décharge.

D'octobre à décembre, marche avec l'appareil sans étrier.

1er décembre. — Appareil à mouvement progressif permettant l'articulation du genou.

1er janvier 1908 jusqu'en avril 1908. — Liberté progressive de tous les mouvements de la hanche.

4 avril 1908 — Flexion spontanée de la hanche jusqu'à l'angle droit. L'appareil articulé est remplacé par une bague de Hessing.

Observation V. — *Guérison fonctionnelle intégrale après*

un redressement. — Paul C..., âgé de dix-sept ans, est actuellement guéri d'une coxalgie qui a débuté en l'année 1899.

L'enfant avait eu, depuis plusieurs années, des bronchites qui se répétaient trois ou quatre fois par an.

Lorsqu'il vint à la consultation de la Polyclinique Rothschild il boitait par intermittences *depuis déjà neuf mois*, et il se réveillait assez souvent en proie à des cauchemars.

Depuis quinze jours, il boitait davantage, se plaignait toutes les nuits, jetant parfois des cris.

M. Ducroquet l'examine et trouve la cuisse en adduction, presque pas de mouvements, et de la douleur réveillée par les essais de flexion. L'état général est médiocre ; l'enfant est nerveux et mange peu ; il est maigre, et sa cuisse surtout est extrêmement amaigrie.

Le 18 septembre 1900, M. Ducroquet opère le redressement du membre sous chloroforme et applique un appareil plâtré prenant le pied.

Jusqu'au début d'octobre, c'est-à-dire pendant une quinzaine de jours encore, les crises douloureuses continuent, surtout la nuit.

A partir de ce moment, voici les renseignements qui ont été notés presque à chaque consultation sur la fiche de l'hôpital :

9 octobre 1900. — L'enfant est mieux ; il commence à bien dormir ; depuis longtemps il n'avait dormi comme la nuit dernière, dix heures sans se réveiller ; il mange de meilleur appétit.

16 octobre 1900. — Le mieux continue, bon appétit.

2 novembre. — L'enfant souffre ; il s'est plaint toute la nuit ; il ne mange plus. On ouvre l'appareil en deux valves et on trouve une petite escarre sous l'épine iliaque droite.

8 novembre. — Beaucoup mieux : l'appétit est revenu ; une seule crise nocturne.

16 novembre. — Très bien ; nuits calmes ; état général meilleur.

22 novembre. — L'amélioration continue.

29 novembre. — Changement d'appareil.

13 décembre. — Très bien, ne se plaint plus ; la hanche est beaucoup moins sensible au contact.

10 mai 1901. — Changement d'appareil : celui-ci ne prend plus le pied. L'enfant est très grossi, il a énormément repris ; il est redevenu gai et vif.

Août 1901. — L'enfant commence à marcher avec un appareil, deux béquilles, un haut talon à la jambe saine.

13 décembre 1901. — On permet la marche avec la jambe malade portante, mais toujours avec les béquilles, pendant cinq ou six heures par jour.

Pendant un an environ, l'enfant contiue à marcher dans ces conditions, mais toujours de plus en plus ; au bout de six mois, on raccourcit l'appareil au-dessus du genou.

En décembre 1902, il quitte ses béquilles.

M. Ducroquet lui fait un appareil à mouvement progressif qu'il garde pendant deux ans ; dans les derniers temps, il le quittait progressivement, plusieurs heures par jour. En même temps, on lui fait un peu de massage des muscles.

Les mouvements de la hanche sont peu à peu revenus, et au moment où nous prenons l'observation, février 1908, la liberté de l'articulation est complète.

Observation VI. — *Guérison fonctionnelle complète après un redressement.* — Albert R..., actuellement âgé de dix ans

et demi, est guéri d'une coxalgie dont il fut atteint à l'âge de trois ans.

L'enfant fut amené à l'hôpital en juillet 1901 ; il traînait la jambe, n'avait plus d'appétit, maigrissait et poussait des cris en se réveillant la nuit.

M. Ducroquet porta le diagnostic de coxalgie avec contracture et attitude vicieuse, datant d'environ deux mois.

Il fit le redressement de la hanche sous chloroforme puis il mit l'enfant dans un plâtre ; au bout de quelques jours, toute douleur avait disparu.

Pendant un an, on maintint l'enfant au repos absolu au lit ou dans une voiture.

Au bout de ce temps, il commença à marcher avec son plâtre, des béquilles et une chaussure surélevée au pied sain, cela pendant huit mois.

Puis, avec la jambe malade portante et le genou libre, pendant neuf mois, jusqu'en janvier 1904, en augmentant progressivement le temps de la marche.

En janvier 1904, on remplace le plâtre par un appareil gommé.

En octobre 1904, M. Ducroquet permet de supprimer complètement l'appareil.

Depuis, la marche a toujours été en s'améliorant. Actuellement, mai 1908, on constate le retour intégral de tous les mouvements de la hanche.

*
* *

Jusqu'à présent, nous n'avons parlé que de la coxalgie chez l'enfant. De beaucoup la plus fréquente, elle mérite à cet égard d'accaparer notre intérêt, mais ce n'est pas la

raison pour laquelle nous n'avons envisagé que ce point de vue exclusif de la question.

On sait que, chez l'adulte, la tendance aux réactions fibreuses est beaucoup plus marquée que chez l'enfant. Tandis que, chez ce dernier, l'immobilisation simple pendant toute une année ne suffit pas toujours à créer une ankylose articulaire, chez l'adulte au contraire l'ankylose s'installe avec la plus grande facilité et elle acquiert en peu de temps une solidité telle qu'on éprouve parfois de grandes difficultés pour la rompre.

Cela suffit à nous faire prévoir, en ce qui concerne la coxalgie chez l'adulte, des obstacles nouveaux, qui surgiront au moment d'établir la période fonctionnelle du traitement.

Cela ne veut pas dire qu'on ne puisse espérer du traitement aucun bon résultat, bien au contraire, la guérison fonctionnelle de la coxalgie est un résultat auquel on peut tout aussi bien atteindre chez l'adulte que chez l'enfant, si l'on applique le traitement avec autant de régularité dans les deux cas.

Dans les exemples qui vont suivre, le résultat est excellent, si l'on ne considère que la fonction marche ; mais, en raison des conditions physiologiques spéciales que nous venons de rappeler, il persiste une certaine limitation des mouvements, qui semble, quoi qu'on fasse, impossible à éviter.

Il est utile de remarquer que la durée du traitement peut être ici sensiblement écourtée.

Il semble qu'il y ait là une sorte de compensation à l'infériorité des résultats que l'on obtient chez l'adulte ; et il

se peut, en définitive, que ces circonstances diverses procèdent, l'une et l'autre, des mêmes causes : de ces réactions spéciales des tissus, par irritation inflammatoire, aboutissant, chez l'adulte, à la forme fibreuse ou, d'une façon plus générale, à un tissu doué de peu de vitalité.

Observation VII. — En mars 1906, Mme G..., âgée de vingt-huit ans, est prise de douleurs dans l'aine et dans la hanche. « Elle ne pouvait plus mettre son bas. » Elle commence à garder le lit vingt jours après les premiers symptômes.

On lui fait de l'extension continue pendant deux mois ; mais elle continue à souffrir pendant tout ce temps.

Alors, elle garde le lit, avec un plâtre, pendant six mois ; grâce à cela, les douleurs se calment.

Puis elle continue à garder le lit, sans appareil, pendant deux mois. Au bout de ce temps, elle commence à marcher avec un appareil en celluloïd, en augmentant progressivement le nombre d'heures tous les jours.

Le 29 décembre 1907, la malade est pourvue d'un appareil articulé à la hanche.

A partir de mars 1908, elle quitte son appareil pour la nuit.

A partir de juin, elle le quitte un certain nombre d'heures dans la journée, en augmentant progressivement la durée de la marche sans appareil.

En septembre 1908, elle quitte définitivement son appareil. Elle est guérie, mais ne semble pas devoir gagner beaucoup comme mouvement. Il y a actuellement : flexion, 45 degrés ; abduction, 40 degrés ; rotation interne, 6 à 8 degrés ; rotation externe, 6 à 8 degrés.

Dans l'observation qui va suivre, il s'agit d'un sujet

de vingt-deux ans, pour lequel il fut impossible, pour des raisons d'économie, d'obtenir l'immobilisation au lit, au moment où on a institué le traitement ; grâce à un appareil très rigoureux, on a pu voir se faire la guérison fonctionnelle de la coxalgie dans les mêmes conditions que précédemment.

Observation VIII. — G..., âgé de vingt-deux ans.

La maladie commence il y a deux ans et demi, par des douleurs dans le genou et dans la hanche ; les douleurs et la claudication vont en augmentant.

Il continue à marcher pendant trois mois, puis garde le lit pendant six mois, sans aucun appareil. Il recommence à marcher pendant trois mois, mais en souffrant de nouveau. L'examen ne montre, à ce moment, qu'un peu de limitation de tous les mouvements de la hanche.

Il est muni d'un plâtre, qu'il garde pendant quatre mois et avec lequel il continue à marcher. Puis le plâtre est remplacé par un appareil en celluloïd, non articulé, pendant six mois. Enfin, le malade marche avec son appareil articulé pendant cinq mois.

Actuellement (juillet 1908) il est guéri, avec 40 degrés de flexion facile et 20 degrés d'abduction.

La limitation des mouvements est rare chez l'enfant ; cependant elle existe, et nous croyons particulièrement intéressant de rapporter l'observation d'un cas de ce genre, survenu chez un enfant pour lequel il fut impossible d'obtenir l'immobilisation au lit. Grâce à un appareil assurant une immobilisation très rigoureuse, on a obtenu cependant la guérison fonctionnelle dans ces conditions exceptionnelles.

Observation IX. — Garçon ayant présenté les premiers symptômes de coxalgie à l'âge de six ans.

Lors du premier examen, il boitait depuis environ un mois et présentait de la limitation, de l'abduction et de la flexion.

Il marche, pendant quinze mois, avec un appareil en celluoïd, des béquilles et un liège sous le pied sain.

Puis il marche avec ses béquilles et la jambe malade portante pendant trois mois.

Ensuite, il marche avec le genou articulé pendant encore trois mois.

Enfin, il marche avec la hanche articulée pendant *deux ans et demi.*

Actuellement, cet enfant marche comme il veut, sans aucun appareil, depuis quinze mois. Il ne gagne plus rien comme mouvements.

Il y a : flexion, 80 degrés ; abduction, 50 degrés ; rotation dans les deux sens, 30 degrés.

CHAPITRE II

Irrégularités dans le traitement Complications

On connaît, d'après la première partie de cette étude, les résultats que l'on est en droit d'attendre d'un bon traitement de la coxalgie. Les faits d'observation que nous apportons maintenant vont donner une contre-partie à chacune de nos assertions précédentes.

Nous allons passer en revue les dangers auxquels on s'expose lorsque, adoptant en principe les bases du traitement que nous préconisons, on commet une irrégularité à l'une des trois périodes du traitement, première, deuxième période et période fonctionnelle.

1° Fautes de la première période. — Pendant la période que nous avons appelée période d'immobilisation absolue, on peut pécher de deux façons différentes dans l'application du traitement : on peut écourter la durée de l'immobilisation et passer trop vite à la seconde période ou même cesser brusquement toute espèce de traitement ; on peut, d'autre part, munir le malade d'un appareil insuffisant, qui

lui permet de faire quelques légers mouvements de la hanche.

Dans les deux cas, au lieu de rester stationnaires, puis d'entrer en régression sous l'influence de l'activité réparatrice des tissus atteints, les lésions se diffusent de proche en proche.

On sait, depuis les belles recherches du professeur Lannelongue (1), que les lésions primitives sont presque toujours localisées dans l'épiphyse fémorale, au voisinage de son cartilage d'accroissement.

A la faveur de nouvelles poussées inflammatoires, dues aux moindres causes d'irritation, les tubercules envahissent la plus grosse partie de cette épiphyse, se transforment et atteignent, sous forme de fongosités, les insertions capsulaires voisines, se propageant de là à travers la synoviale et les ligaments, aux parties correspondantes du cotyle.

Le tableau clinique varie selon les cas. Tantôt l'évolution de la maladie se fait sourdement et l'on passe insensiblement des premiers symptômes de la coxalgie, simple contracture et claudication légère, aux attitudes vicieuses, fixées déjà d'une façon si solide qu'il n'est plus possible d'espérer de meilleur résultat que l'ankylose en bonne position. Tantôt, au contraire, les phénomènes graves éclatent tout d'un coup, sous la forme d'une crise douloureuse d'intensité variable. Peu après, la hanche s'empâte, elle devient chaude et douloureuse au moindre contact,

---

1. Professeur Lannelongue, *Coxotuberculose* (leçons faites à la Faculté de Médecine), Asselin et Houzeau, 1886.

présentant enfin tous les indices d'une grosse réaction inflammatoire, généralisée à l'ensemble des parties articulaires.

Nous rappelons le cas de la petite M... (obs. III), qui, pour avoir marché trop tôt, bien qu'elle ait été pourvue d'un bon appareil d'immobilisation, aboutit à cette récidive aiguë qui la mène à l'ankylose.

Nous donnerons encore en exemple l'observation d'un jeune garçon que l'on a libéré de toute espèce de contention après quelques mois d'immobilisation ; il s'agissait d'une forme légère, prise dès le début; or tout le bénéfice du traitement se bornera, après cette faute, à créer une ankylose solide en bonne position.

Observation X. — *Suppression du traitement après dix mois d'immobilisation.* — André M..., actuellement âgé de dix ans, a présenté les premiers symptômes de coxalgie au mois de novembre 1905. Jusque-là, l'enfant se portait très bien ; mais il commença alors à boiter et se plaignit de la jambe en marchant. On le garde au lit pendant huit jours. Lorsqu'il se relève, il boite moins. On le conduit à la consultation des Enfants-Malades ; on diagnostique une coxalgie et on soumet l'enfant à l'extension continue pendant une quinzaine de jours, au bout desquels on le renvoie chez ses parents, avec un plâtre.

Le 15 mai 1906, l'enfant revient à la consultation ; on lui enlève son plâtre, mais on ne lui en remet pas d'autre ; à ce moment, il ne boite plus du tout.

Les parents font des démarches pour l'envoyer à Berck ; il y va à la fin de juillet 1906 et y reste jusqu'en octobre 1907.

A Berck, on lui remet un plâtre, avec lequel, malgré les défenses, il se traînait parfois à terre.

En mai 1907, c'est-à-dire neuf mois après le début du traitement, on libère le petit malade de tout appareil et on le laisse marcher à volonté. Il marchait d'ailleurs assez bien, au dire de sa mère.

Donc, de mai à octobre, pas de traitement.

En octobre 1907, l'enfant est ramené à Paris. Les parents trouvent que, depuis quelque temps, il marche de plus en plus mal, mais ils continuent à le laisser marcher toute la journée.

Le 7 avril 1908, on amène cet enfant à la consultation de la polyclinique Rothschild ; M. Ducroquet l'examine et fait les constatations suivantes :

Il n'y a pas de raccourcissement du membre, mais une adduction considérable, telle que la ligne médiane du corps vient rencontrer la partie moyenne de la rotule.

L'ankylose est incomplète, laissant 15 degrés de mouvements.

La marche est très défectueuse : c'est la marche en adduction, avec bascule considérable des épaules.

Le 12 mai 1908, M. Ducroquet opère le redressement du membre sous chloroforme ; il parvient à le mettre en très bonne position, puis l'immobilise dans un plâtre.

Enfin, alors même que le repos au lit serait rigoureusement observé, si l'appareil, de son côté, ne suffit pas à maintenir les segments articulaires dans des rapports immuables, il faut craindre encore de voir les lésions se diffuser sourdement, tandis que le membre tombe en dehors par son propre poids. Une fois en rotation externe,

la hanche se trouve en repos entre le plan du lit, d'une part, et la partie antérieure de la capsule tendue au maximum, d'autre part. Elle retrouve, dans ces conditions, l'immobilisation absolue qu'elle demandait à la contracture musculaire, pendant la marche, afin d'éviter de vives douleurs. On voit, en effet, d'une façon à peu près constante, les muscles, épuisés de fatigue, laisser le membre tourner en rotation externe pendant la première période du traitement, quand l'appareil est incapable de le maintenir.

La déviation du membre en rotation externe présente toujours de graves inconvénients.

Non seulement on risque de voir l'ankylose se faire dans cette position, ce qui laisse pour toujours une démarche très disgracieuse, mais surtout ce qu'il ne faut pas ignorer, c'est que la rotation externe prédispose tout particulièrement le membre à une forme spéciale de luxation : *la luxation antérieure.*

Nous allons citer deux exemples de luxation antérieure survenue dans des conditions très différentes, mais également capables de favoriser la déviation du membre en rotation externe, puis la diffusion des lésions et l'ascension de la tête fémorale au-dessus et en avant du cotyle.

Observation XI. — *Rotation externe favorisée par un appareil insuffisant ; les lésions évoluent et mènent à la luxation antérieure.* — Jean J... a présenté les premiers symptômes de coxalgie à l'âge de quatre ans. Il souffre et boite pendant deux mois. Un médecin lui fait un appareil plâtré ; il garde le lit, avec cet appareil, pendant trois mois.

Un second médecin lui fait, pendant deux ans, *des appareils laissant le genou libre.*

L'enfant continue à garder le lit six mois, pendant lesquels *son membre tombe en rotation externe*; puis il marche avec son appareil et des béquilles.

Au bout de dix-huit mois environ de ce régime, il recommence à souffrir beaucoup durant une quinzaine de jours.

On l'immobilise dans une gouttière avec des poids pendant six mois.

Puis M. Ducroquet voit cet enfant ; il trouve le membre en rotation externe et reconnaît qu'une luxation s'est produite, en haut et en avant du cotyle.

Il fait un plâtre, avec lequel l'enfant est immobilisé au lit pendant six mois ; ensuite il permet la marche et des béquilles pendant dix-huit mois.

Au bout de ce temps, M. Ducroquet permet la marche sans appareil. Cela va bien pendant plus d'un an, puis, progressivement, les douleurs reparaissent.

L'enfant est remis au lit, avec des poids, pendant deux mois, puis il marche avec un appareil pendant six mois.

Depuis six mois, cet enfant marche sans appareil.

Actuellement (juin 1908), la hanche est tout à fait sèche.

Il persiste un certain degré de mouvements.

Flexion, 30 degrés ; rotation externe, 10 degrés ; abduction, 15 degrés.

Observation XII. — *Rotation externe favorisée par un mode de contention insuffisant. — Diffusion des lésions, abcès, luxation antérieure.* — Ph..., fille très obèse, actuellement âgée de dix-sept ans, avait sept ans et demi lorsqu'ap-

parurent les premiers signes de coxalgie. Elle boitait depuis un mois environ, quand un médecin la mit dans une gouttière de Bonnet avec des poids. Elle y resta neuf mois, durant lesquels sa jambe tomba peu à peu en rotation externe.

Puis on la laissa marcher sans appareil, seulement avec une canne, pendant un an ; sa jambe était toujours en rotation externe et elle boitait énormément en marchant.

Elle avait neuf ans, quand on la fit voir à un chirurgien, qui découvrit un abcès à la face externe de la cuisse. Cet abcès guérit au bout de deux mois, après trois ou quatre ponctions.

Puis on mit l'enfant dans un plâtre, pour lui permettre de marcher avec des béquilles, en posant les deux pieds à terre. Elle garda trois ans le même appareil et atteignit ainsi douze ans.

En quittant l'appareil, elle marchait très mal et sautillait énormément, à cause de sa luxation et de l'ankylose incomplète.

M. Ducroquet la voit ; il lui fait un appareil de Hessing, pour marcher avec des béquilles pendant deux mois, puis avec une canne.

Actuellement, à la dixième année de sa maladie, cette enfant porte toujours son Hessing et se sert de sa canne.

La jambe est en rotation externe avec ankylose incomplète, permettant 15 à 20 degrés de mouvements. La cuisse a 3 centimètres de raccourcissement, dû à la luxation. L'enfant marche avec un mouvement très disgracieux de l'épaule en dehors.

Nous ne pourrions, sans nous laisser entraîner hors de notre sujet présent, nous étendre sur les dangers et les suites de la luxation pathologique. On sait que la luxation

doit être considérée comme *la complication la plus grave de la coxalgie*, et cela suffit à nous mettre en garde contre toute cause capable de la favoriser.

2° Fautes de la deuxième période. — Nous avons vu qu'au moment où on entre dans cette période du traitement, la hanche malade est loin de se trouver dans des conditions physiologiques normales : les fongosités peuvent n'être pas encore complètement résorbées ; du moins la cicatrisation des tissus détruits par ces fongosités n'est-elle pas encore faite ; au contraire, les segments articulaires présentent, à la fin de la période d'immobilisation absolue, leur maximum d'altérations ; nous avons dit, en effet, qu'il s'y produisait un double travail de raréfaction osseuse et d'ostéite raréfiante, sous l'influence duquel les parties atteintes deviennent extrêmement friables. Etant données ces conditions, si on ne ménage pas une phase intermédiaire entre le repos au lit prolongé, pendant une année ou plus, et la marche avec appui direct du membre malade sur le sol, on peut assister à un brusque effondrement de ces parties.

Ce fait se produit, notamment, lorsqu'une lésion isolée, ou concomitante à d'autres lésions de la tête fémorale, atteint le cotyle à sa partie supérieure, là où il forme ce qu'on appelle le toit cotyloïdien ; ou comprend que la diffusion des lésions ou l'effondrement soient tout particulièrement favorisés, en ce point, par les pressions très fortes dues au poids du corps et à la résistance du sol.

Cet accident s'accompagne cliniquement de tous les symptômes dramatiques d'une récidive très aiguë : douleurs violentes, arrachant des cris au malade ; impossibilité

de poser le pied à terre ; rougeur, chaleur et gonflement rapide de la hanche.

Les résultats de l'accident varient selon les cas ; si on parvient à arrêter les progrès du mal, les dégâts peuvent se borner à un simple enfoncement de la tête dans le toit cotyloïdien, et le malade peut guérir par une ankylose très solide de la hanche, sans raccourcissement notable. Mais si les lésions s'aggravent et que la destruction osseuse continue à se faire, on peut voir la tête fémorale passer par la brèche ouverte dans le cotyle et abandonner définitivement sa cavité.

Dans l'observation qui nous a été communiquée par M. Ducroquet, il s'agit d'un enfant qui, ayant été immobilisé au lit, dans un appareil, pendant douze mois, a marché trop vite en prenant appui direct sur son membre malade ; il s'est produit un brusque effondrement du cotyle, à la suite duquel on a trouvé le membre en rotation externe, immobilisé dans cette position de façon telle qu'il était impossible de déterminer dans la hanche le moindre mouvement.

Il est intéressant de remarquer que la rotation externe s'est produite ici brusquement, au moment même de l'effondrement : l'appareil dont on avait muni le petit malade était fort incomplet ; l'immobilisation, qui avait suffi jusqu'alors, parce qu'il s'agissait d'une forme légère et indolore de la coxalgie, est devenue tout à fait insuffisante au moment de la crise aiguë. On comprend, d'après ce que nous avons vu précédemment, pourquoi le membre est tombé en rotation externe, en cherchant une immobilisa-

tion rigoureuse contre les douleurs très vives qui ont accompagné l'effrondrement osseux.

Une autre faute consiste à simplifier trop tôt l'appareil, qu'on rend, par là même, inefficace contre les attitudes vicieuses. On sait qu'elles ont les plus grandes tendances à apparaître pendant les premiers essais de marche, et tant que la vigilance musculaire fait plus ou moins défaut. L'adduction, notamment, ne manque pas de se produire lorsque, sous prétexte de dégager le thorax du petit malade, on permet à l'appareil de basculer autour de la hanche malade, pour suivre la cuisse dans sa déviation en dedans.

Fautes de la troisième période. — Nous supposons, maintenant que nous sommes arrivés sans accident à la dernière période du traitement. A ce moment, on peut dire que la maladie est guérie ; les lésions sont éteintes, puisqu'on s'est assuré que toute trace de réaction inflammatoire a disparu d'une façon définitive ; il serait admissible d'en conclure qu'on peut cesser le traitement. On le pourrait, certes, si la hanche se trouvait, dès la suppression de toute immobilisation, dans des conditions physiologiques normales ; mais nous savons que cela n'est pas.

Les muscles sont encore sensiblement atrophiés ; les tissus fibreux périarticulaires, modifiés, endurcis et rétractés, à la suite de la réaction inflammatoire et de l'immobilisation, ne retrouveront leur vitalité et ne s'assoupliront que progressivement.

On peut dire qu'à ce moment rien ne dépend plus de la gravité des lésions, mais tout dépend du traitement ; une

faute peut faire perdre, en un instant, le bénéfice d'un traitement bien conduit jusque-là, et remettre tout en question.

Il importe donc de bien connaître les dangers auxquels on s'expose quand on n'apporte pas assez de soin à cette période du traitement, soit qu'on en veuille franchir trop rapidement les étapes, soit que l'on commette l'extrême imprudence de supprimer brusquement toute contention avant que la malade ait récupéré la liberté à peu près complète de ses mouvements.

Nous avons vu que, lorsqu'on termine le traitement par un appareil articulé, on ne doit permettre au malade que des mouvements d'une amplitude inférieure à celle qu'il peut fournir spontanément. Si l'on va trop loin et que l'on permette plus que le sujet ne peut faire, on lui laisse, au contraire, la faculté de dépasser les limites naturelles de son mouvement, jusqu'à ce que l'appareil bute. On risque de voir ce phénomène se produire accidentellement d'une façon brusque, ce qui, étant données les conditions d'élasticité du tissu fibreux, ne peut se faire que grâce à la déchirure d'un certain nombre de fibres capsulaires.

Il se produit donc une véritable entorse articulaire, dont les conséquences sont variables.

Légère, elle resserre un peu l'ankylose, ce qui retarde seulement le retour de la fonction.

Plus vive, elle peut déterminer une réaction fibreuse inflammatoire beaucoup plus considérable, aboutissant, après l'accident, à une ankylose qu'il n'est plus possible de mobiliser.

Mais ce qui est surtout à craindre, lorsque la réaction

inflammatoire s'est montrée particulièrement intense, c'est un réveil soudain des lésions tuberculeuses, avec une véritable recrudescence de leur activité : c'est ce qu'on a appelé « la récidive apparente (1), de la coxalgie ».

A vrai dire, il s'agit bien d'une véritable rechute, d'une diffusion soudaine et envahissante de lésions mal éteintes, car elle s'accompagne du cortège symptomatique de la crise aiguë de coxalgie, douleurs vives, empâtement de la hanche et attitudes vicieuses par contracture, comme on les voit à la première période de la maladie.

On se retrouve donc, au moment où on tenait un succès complet, devant une coxalgie à forme grave, dont on peut redouter les pires conséquences.

Ce réveil des lésions tuberculeuses, dans les épiphyses des os, peut se faire à très longue échéance.

Nous en connaissons un exemple survenu chez un enfant atteint d'une tuberculose du genou.

Cet enfant était guéri depuis trois ans environ; il avait cessé de venir à l'hôpital peu après son dernier plâtre, et son genou n'avait encore que 100 degrés de flexion, lorsqu'il tombe de deux ou trois mètres de haut; en tombant, il se fait une flexion brusque du genou avec entorse et récidive violente de la maladie, qui n'a guéri ensuite que par ankylose serrée.

Autre observation. — Il s'agit cette fois d'une enfant atteinte de coxalgie arrivée à la période fonctionnelle du

---

1. Kirmisson. *Les difformités acquises de l'appareil locomoteur*. Masson, 1902.

Verneuil. *Bull. et Mém. de la Soc. de chirurgie*.

traitement. Les parents retirent l'appareil gommé que l'on avait mis à l'hôpital en remplacement du dernier plâtre ; il y avait à ce moment 60 degrés de flexion facile dans la hanche ; l'enfant fait une chute, accompagnée d'une entorse grave de la hanche, et l'on assiste, impuissant, à un réveil foudroyant de la maladie.

Ces faits parlent d'eux-mêmes et suffisent à nous convaincre qu'on ne saurait donner trop de soins à cette dernière période du traitement.

CHAPITRE III

Traitement appliqué tardivement

Lorsque nous avons étudié les résultats qu'on peut obtenir d'un bon traitement dans la coxalgie, nous n'avons envisagé que les cas dans lesquels on est intervenu assez tôt pour obtenir un résultat parfait.

Entre la guérison fonctionnelle complète et la terminaison fatale, au point de vue marche, que représente la luxation, il y a place pour toute une série de résultats intermédiaires.

Il nous reste encore à montrer les résultats relativement bons auxquels on peut atteindre, quand on intervient avec un traitement régulier et sévère, avant les complications irréparables.

Dans les cas qui, dès le début, sont graves, ou lorsque les lésions évoluent depuis longtemps, on peut encore, grâce à une immobilisation très rigoureuse, arrêter définitivement les progrès du mal.

Les deux premières périodes du traitement sont exacte-

ment celles que nous avons déjà décrites, si ce n'est que leur durée doit être plus ou moins augmentée selon les cas et, d'une façon générale, d'autant plus que la réaction inflammatoire était moins vive au moment de la diffusion des lésions.

Quant à la période fonctionnelle, bien qu'ici très différente, elle ne demande pas moins de soin que si le membre devait recouvrer l'usage de toutes ses fonctions.

Cette période du traitement consiste à mettre l'ankylose à l'épreuve, d'une façon très prudente, ce qui permet d'éviter de graves inconvénients. Cesser toute immobilisation trop tôt, quand l'ankylose n'est pas encore très solide, favorise la guérison par ankylose incomplète ; les parties articulaires insuffisamment touchées par l'inflammation n'ont pas eu le temps de se resserrer entièrement ; les ligaments se laissent tirailler, assouplir, par endroits seulement ; il demeure donc un certain degré de mobilité dans cette hanche, mobilité seulement nuisible au malade, car elle n'est même pas suffisante pour permettre à la fonction marche de s'accomplir normalement. Son seul effet est de rendre la démarche plus hésitante, plus pénible, plus disgracieuse, et, surtout, de prédisposer le sujet à se faire, de temps à autre, de petites entorses suivies de petites crises douloureuses.

D'autre part, l'assouplissement irrégulier de la capsule articulaire prédispose encore le membre à prendre des attitudes vicieuses, parfois très défavorables pour la marche, et dont le redressement donnera lieu, en tous cas, à de nouveaux ennuis.

En quoi consiste donc la période fonctionnelle du traite-

ment, quand une coxalgie guérit par ankylose? C'est ici beaucoup plus simple que dans le cas de guérison fonctionnelle.

On se borne à supprimer d'abord l'appareil d'immobilisation pendant la nuit; puis on le raccourcit de façon à le rendre de plus en plus incomplet; enfin on l'enlève pendant un nombre d'heures croissant chaque jour, jusqu'à suppression complète.

Grâce à tant de prudence d'un bout à l'autre du traitement, on parvient à créer une ankylose très solide en bonne position.

Nous savons que c'est encore un résultat très enviable auprès des abcès, des attitudes vicieuses, des ankyloses incomplètes ou des luxations, ces tristes étapes qui marquent trop souvent l'évolution d'une coxalgie abandonnée sans traitement ou à un traitement insuffisant.

Voici, à l'appui, deux observations, dont la première montre une grosse coxalgie fongueuse en voie de guérison par une ankylose solide en bonne position, après deux ans et demi d'immobilisation rigoureuse au lit.

La deuxième montre une forme légère, évoluant insidieusement vers l'ankylose incomplète, qui guérit aussi par une ankylose serrée en bonne position, grâce à une immobilisation suffisamment prolongée et rigoureuse.

Observation XIII. — Jules F... avait eu, depuis sa naissance, plusieurs bronchites; son état général était habituellement mauvais.

En juillet 1904, il est âgé de trois ans; il commence à se plaindre de fatigue après la marche. Puis, sa mère s'aperçoit

que son pied se tourne en dedans. L'enfant se met à boiter de plus en plus et sa hanche se plie.

Peu à peu, il arrive à ne plus pouvoir marcher, il se plaint beaucoup et se réveille la nuit en criant.

En septembre 1904,on le mène à une consultation d'hôpital ; on prend ses douleurs pour du rhumatisme ; on ordonne des frictions et une potion au salicylate de méthyle.

L'enfant ne marche toujours pas, car il souffre beaucoup ; ses cauchemars nocturnes continuent ; son état général devient très mauvais et il perd complètement l'appétit.

Le 9 mai 1905, on amène cet enfant à la consultation de Rothschild.

M. Ducroquet lui trouve une grosse coxalgie fongueuse ; la hanche est immobilisée avec 30 degrés de flexion et 30 degrés d'adduction.

M. Ducroquet opère le redressement du membre sous chloroforme et l'immobilise en bonne position dans un plâtre prenant le pied.

En décembre 1905, un abcès, qui s'était peu à peu collecté à la fesse, est ponctionné ; la peau étant envahie, il se fait une fistule, qui guérit comme une simple ponction, grâce à des pansements très soigneux ; l'appareil plâtré était ouvert en arrière pour permettre de renouveler les pansements tous les huit jours.

En juillet 1906, la fistule est complètement fermée ; l'enfant est toujours immobilisé au lit.

En janvier 1907, changement d'appareil : celui-ci ne prend plus le pied; l'enfant paraît ressuscité.

Le 31 mars 1908, l'enfant est toujours en très bon état ; la

jambe est en bonne position ; seulement légère adduction ne gênant pas ; la hanche est indolore et soudée.

M. Ducroquet recommande encore le repos absolu au lit.

Observation XIV. — Gabrielle D..., qui a actuellement neuf ans, est atteinte de coxalgie depuis l'âge de quatre ans. La mère est morte de tuberculose osseuse.

L'enfant a boité pendant environ dix-huit mois avant d'être traitée ; elle tombait à tout instant ; la jambe malade s'était mise en flexion et adduction ; sa mère lui passait les deux mains sous les reins ; la hanche pliait encore un peu. L'enfant se plaignait parfois. Puis, elle eut une rougeole, après laquelle l'état de la hanche s'aggrava.

On la mit dans une gouttière de Bonnet pendant un an ; au sortir de la gouttière, la jambe s'était redressée.

Alors, on la fait marcher avec un appareil lacé en plâtre et une chaussure surélevée du côté malade, pendant six mois ; elle augmente son adduction jusqu'à présenter un raccourcissement apparent de 4 centimètres.

On lui fait un redressement sous chloroforme, suivi de trois mois de plâtre.

En avril 1907, M. Ducroquet la voit et lui fait un appareil immobilisant la hanche et le genou ; il lui permet de marcher avec des béquilles.

Le 7 avril 1908, nouvel appareil laissant le genou libre. M. Ducroquet permet la marche sans béquilles.

Actuellement (juin 1908) la hanche est tout à fait rigide ; adduction légère ne gênant pas pour la marche.

CHAPITRE IV

Traitement trop tardif ou défectueux

Si la coxalgie n'est pas traitée dès le début et qu'elle soit abandonnée à elle-même pendant un temps plus ou moins long, on la voit continuer à évoluer, jusqu'à ce qu'elle aboutisse au maximum des désordres qu'elle crée au point de vue local ; nous voulons dire la luxation par destruction progressive des tissus de l'articulation malade.

Cette évolution morbide se produit d'ailleurs dans des conditions extrêmement variables.

Nous avons eu, en commençant cette étude, l'occasion de rapporter des observations de coxalgie à forme très légère, ayant évolué de la façon la plus insidieuse, pendant plusieurs mois et même plusieurs années. Nous citerons maintenant, par contre, le cas d'un très jeune enfant chez lequel les lésions ont abouti, en moins de trois mois, à la luxation de la tête fémorale hors du cotyle. Il est vrai qu'il s'agissait là d'une évolution très spéciale, qu'il serait bon, toutefois, d'avoir toujours présente à l'esprit, quand il s'agit d'un jeune enfant.

Il n'y avait pas eu de grosse réaction inflammatoire ; la

radiographie ne montrait aucune fonte des tissus, et, pourtant, la tête du fémur était dans la fosse iliaque.

Quelques trouvailles d'anatomie pathologique ont permis d'interpréter un phénomène en apparence aussi paradoxal. Dans certaines autopsies, on a trouvé un cotyle parfaitement sain, abandonné par une tête fémorale, semblant elle aussi entièrement saine ; sa forme extérieure était conservée, son cartilage articulaire, intact ; mais, en approfondissant l'examen, on a pu constater que cette tête présentait une grandeur anormale pour sa cavité, et, à la coupe, on a trouvé les aréoles du tissu spongieux agrandies, confondues les unes dans les autres et bourrées de fongosités.

La luxation précoce, réservée au jeune âge, trouve dans des phénomènes de ce genre une explication d'autant plus satisfaisante que la cavité cotyloïde reste, comme on sait, très plate, à peine formée, pendant les premières années de la vie ; la tête anormalement grossie par les fongosités, ne trouve bientôt plus de place pour s'y loger et doit se trouver comme chassée par les moindres pressions survenant pendant la station debout ou la marche.

Ces exemples de luxation très précoce ne doivent être cités que comme des cas particuliers et exceptionnels ; mais il n'en est pas de même des cas dans lesquels la luxation survient sept à huit mois après le début de la maladie, d'une façon presque inattendue, car on se trouve alors en présence des pires complications, sans que l'on ait passé par les longs intermédiaires qu'il est classique d'attribuer à l'évolution complète de la coxalgie.

Dans l'observation que nous allons donner en exemple, on a reconnu la luxation dix mois environ après le début de la maladie et, depuis six mois, cette enfant était soignée pour des phénomènes inflammatoires douloureux de la hanche, que l'on n'avait pas encore rapportés à leur véritable cause.

Observation XV. — N..., fille âgée de onze ans en décembre 1907. Elle marchait mal depuis quatre mois (attitude vicieuse en adduction).

Le 10 avril 1904, elle fut prise de violentes douleurs, la marche dans la chambre la faisait gémir.

Elle fut d'abord soignée pour une phlébite, puis pour une paralysie infantile ; on lui fit alors de l'électricité. Cela dura environ six mois pendant lesquels l'enfant souffrit continuellement.

Un chirurgien la vit et reconnut qu'une luxation s'était produite ; il la réduisit sous chloroforme, mais la réduction ne se maintint pas.

L'enfant fut mise dans un plâtre que l'on a remplacé depuis deux ans par un appareil en celluloïd.

On s'est aperçu, il y a huit mois, de la formation d'un abcès qu'on a guéri en quatre mois.

Actuellement (17 décembre 1907) l'enfant porte toujours son celluloïd ; il reste 20 à 25 degrés de mouvements dans la hanche luxée.

Les cas de ce genre sont loin d'être une rareté, quand on laisse la coxalgie évoluer sans aucun traitement, et, à plus forte raison, quand on soumet le malade à un traitement contraire à ses intérêts. Toutefois, cette évolution

n'est pas la plus fréquente ; on voit plus souvent la coxalgie s'aggraver lentement, passer par toute une série de symptômes cliniques, très caractéristiques, avant d'aboutir aux destructions finales qui créent la luxation.

Pendant une période de début plus ou moins longue, les lésions ne se traduisent que par la claudication intermittente et des douleurs fugitives ; plus tard, la douleur devient continue, provoquant une attitude vicieuse, permanente, du membre malade, par contracture de défense ; au bout d'un certain temps, la réaction inflammatoire s'allume, devient de plus en plus vive, s'étend à tous les tissus ; la hanche s'empâte dans tout son ensemble, devient douloureuse au moindre contact et au moindre mouvement ; c'est le moment où se forment un ou plusieurs abcès qui, dans certains cas, s'accompagnent de symptômes bruyants, douleurs lancinantes, rougeur et chaleur des téguments, jusqu'à ce que le pus se fasse jour au dehors ; dans d'autres cas, au contraire, la crise aiguë passe, mais l'abcès s'accroît lentement, poussant des fongosités à travers les tissus sains, se frayant ainsi un trajet fistuleux jusqu'à la peau qui se prend, s'amincit, se violace, et, finalement, s'ulcère ; mais tout tela se fait lentement, sans aucun bruit.

Pendant que ces phénomènes se traduisent à l'extérieur, d'autres phénomènes, plus graves encore par leur conséquences, se sont produits dans les régions plus profondes de la hanche, aboutissant à des destructions fibreuses, ou osseuses, plus ou moins étendues, de l'articulation ; ces derniers phénomènes évoluent, eux aussi, de façon variable, selon les cas ; tantôt ils s'aggravent brusquement et s'accompagnent de douleurs atroces, comme les entorses

les plus graves, ou l'effondrement osseux dont nous avons déjà parlé ; tantôt ils se produisent lentement, insidieusement, mais n'en aboutissent pas moins à une désorganisation complète de l'articulation.

Cette évolution est celle qu'on décrit habituellement dans la coxalgie non traitée ; c'est aussi celle qu'on observe trop souvent quand on laisse à la maladie le temps d'évoluer, sous la fausse garantie d'un traitement insuffisant.

Nous ouvrons cependant ici une parenthèse pour parler d'un procédé encore très employé dans le but de pratiquer l'immobilisation à la première période du traitement.

Il est bien vrai que l'extension continue reste la méthode de choix pour le redressement de l'attitude vicieuse en flexion, lorsque cette dernière n'est pas trop solidement fixée par la rétraction capsulaire.

Mais, étant donnée l'idée que nous nous sommes faite des conditions que doit remplir un bon appareil d'immobilisation, on ne peut admettre que l'extension continue soit en mesure de réaliser ces mêmes conditions.

Nous n'oublions pas que les partisans de cette méthode lui reconnaissent le suprême avantage d'empêcher « l'ulcération compressive » par écartement des surfaces articulaires ; si, toutefois, l'écartement des surfaces est indispensable pour empêcher leur compression, du moment que le malade est couché et que la contracture musculaire cède d'elle-même, il ne nous semble pas que cet avantage contre-balance le défaut d'immobilisation.

Non seulement il est impossible que deux forces, tirant simplement en sens contraire sur les deux segments de l'ar-

ticulation, suffisent à leur interdire de légers mouvements et à préserver la hanche contre les moindres causes d'irritation, mais il faut surtout reconnaître qu'il est extrêmement rare d'obtenir une surveillance assez sévère pour que l'extension se fasse pendant si longtemps dans de bonnes conditions.

L'enfant, puisque c'est presque toujours d'un enfant qu'il s'agit, parvient à tromper la surveillance, à se déplacer, à s'asseoir plus ou moins, ce qui crée des conditions très favorables au développement des lésions.

En résumé, on voit, certes, dans des formes légères, l'extension continue suffire à arrêter momentanément l'évolution de la coxalgie ; mais on voit aussi le contraire quand il s'agit de formes plus graves ; nous allons donner, en exemple, un cas particulièrement grave dans lequel la diffusion des germes a toujours été en augmentant pendant toute la durée de l'extension, jusqu'à produire la luxation.

Observation XVI. — Germaine S..., âgée de neuf ans en juillet 1908.

Septembre-octobre 1902, l'enfant est atteinte de coqueluche, puis de pneumonie ; peu après elle fait une chute dans l'escalier ; il s'ensuit une claudication très douloureuse.

Quinze jours après, on la mène à Furtado-Heine, où on l'installe dans une gouttière, avec des poids : *elle y reste huit mois pendant lesquels les douleurs n'ont jamais disparu* : « l'enfant ne jetait qu'un cri. »

Au bout de ce temps, un chirurgien découvre un abcès qui se fistulise et dure six mois, pendant lesquels l'enfant, tenue dans sa gouttière, souffre toujours.

L'abcès guéri, on met l'enfant dans un plâtre, et les douleurs disparaissent bientôt.

L'enfant est envoyée pendant deux ans à Berck, toujours avec son plâtre, et elle garde le lit.

Depuis six mois, elle marche avec un appareil en celluloïd.

La radiographie montre qu'il ne reste qu'un embryon de col. au niveau de l'épine iliaque antérieure et supérieure ; la hanche est en attitude de flexion à angle droit.

Mais il est une autre méthode qui nous semble bien autrement impuissante, dans tous les cas, à arrêter la marche toujours envahissante de la tuberculose dans la hanche.

Nous voulons parler de la méthode ambulatoire, préconisée surtout par les auteurs allemands et américains. On sait que, dans cette méthode, on cherche à favoriser les défenses générales de l'organisme, en faisant faire à l'enfant une cure d'air, bien plutôt qu'on ne s'ingénie à arrêter les progrès de la destruction des tissus dans la hanche malade.

Tous les soins, au point de vue local, se bornent à préserver la hanche par un appareil, généralement très insuffisant, donnant au malade une fausse sécurité et un apaisement contre les douleurs aiguës, afin de lui permettre de marcher, ou de sortir dans une voiture, une grande partie de la journée. L'enfant semble en bon état tant que de grands ennuis n'ont pas encore surgi ; mais, en même temps, la coxalgie continue à évoluer, les lésions se diffusent, envahissent toute l'articulation et finissent par donner des abcès.

Quand l'abcès s'accompagne d'une grosse réaction inflammatoire forçant à immobiliser, on a des chances de voir la

guérison survenir par une ankylose serrée, rarement en bonne position.

Mais il arrive plus souvent, comme on le verra dans les deux observations qui vont suivre, que le feu couve sourdement ; l'abcès grossit à peine, très lentement ; on ponctionne, et, l'abcès une fois vidé, on se croit quitte ; il n'en est rien ; l'abcès se reproduit une fois, deux fois, et il se reproduira sans doute encore bien des fois dans la suite ; on s'aperçoit bientôt que le membre se raccourcit de plus en plus, que la hanche se déforme ; bref, on reconnaît qu'une luxation s'est produite.

Observation XVII. — Il s'agit d'un enfant âgé de treize ans en avril 1908, encore en traitement pour une coxalgie dont il fut atteint à l'âge de deux ans et demi.

Cet enfant commença par mal marcher, tirant la jambe, boitant, mais ne souffrant pas ; on ne pouvait plus le mettre sur le vase.

Un médecin porte à ce moment le diagnostic de paralysie.

Puis, un chirurgien fait le diagnostic de coxalgie et recommande le repos au lit pendant un mois ; au bout de ce temps, il envoie l'enfant à la campagne, permettant la marche et la promenade dans une voiture.

Après sept mois de ce régime, l'enfant est ramené à Paris ; pendant un mois encore, il marche très bien ; puis il se remet à boiter, mais ne souffre toujours pas.

On l'envoie à Berck, où on le met dans un plâtre pendant un an ; l'enfant avait alors quatre ans.

On le ramène à Paris et on lui enlève aussitôt l'appareil qu'il portait, pour le renvoyer à la campagne dans une grande voiture dans laquelle il pouvait s'asseoir. Cela dure deux ans,

au bout desquels on découvre un abcès dans l'aine ; le médecin le perce ; il s'ensuit une fistule qui met quatre mois à guérir ; pendant ce temps, on garde l'enfant à Paris, et deux mois après la guérison de l'abcès, on lui permet de marcher.

Il marcha ainsi pendant trois ans, sans appareil ni béquilles ; mais sa jambe se raccourcissait de plus en plus.

A plusieurs reprises, tous les ans, au début de l'hiver, il était pris de crises douloureuses pour lesquelles on lui mettait un plâtre pendant un mois ou deux.

Cela dura jusqu'en 1907 : l'enfant avait onze ans.

C'est alors que M. Ducroquet le voit et lui trouve un raccourcissement vrai de 15 centimètres.

La jambe est en flexion et adduction, très maigre ; l'enfant souffre et son état général est mauvais.

M. Ducroquet redresse le membre sous chloroforme et parvient à le mettre en très bonne position ; il l'immobilise dans un appareil.

Le fémur est très remonté, laissant un raccourcissement de 4 cm 5.

Six mois plus tard, l'enfant ne souffre plus et grossit beaucoup.

Il y a deux mois, il eut quelques douleurs à la suite de longues marches. Il fut mis au lit et les douleurs cessèrent.

Actuellement (avril 1908), l'enfant marche avec son appareil et des béquilles ; il y a encore 5 à 6 degrés de mouvements dans sa hanche luxée.

Observation XVIII. — Il s'agit d'une enfant dont le début de la coxalgie date de 1901 ; elle avait alors cinq ans.

L'année précédente, elle avait eu un ganglion cervical pour

lequel on lui fit faire une cure à Biarritz. Vers le 25 août 1901, elle commença à souffrir de la hanche. Etant à la promenade, elle n'avançait plus ; revenue à la maison, elle continuait à se plaindre. On la mit au lit, puis on fit des frictions sur la jambe douloureuse pendant trois semaines. Mais elle geignait toujours, surtout la nuit.

Un chirurgien, appelé en consultation, porte le diagnostic de coxalgie et fait mettre l'enfant dans une gouttière de Bonnet, avec des poids pour l'extension.

Le 23 septembre, on enmène l'enfant à Wurstzbourg, dans sa gouttière ; depuis qu'elle y était, elle ne mangeait plus, vomissait souvent, était très nerveuse, ne s'y accoutumant pas ; pourtant elle ne souffrait plus et ne s'est pas plainte pendant le trajet.

A Wurstzbourg, on enlève les poids ; il y avait au talon une escarre qui mit six semaines à guérir.

Après la prise de son moulage, l'enfant est mise au lit sans gouttière ; elle n'accuse aucune douleur.

Au bout de six semaines, elle est munie d'un appareil de Hessing et on la transporte dès le premier jour dans le jardin ; l'enfant recommence à crier ; on la remet au lit pendant quinze jours, puis on lui permet une demi-heure de marche chaque jour dans la chambre et on l'assied pour les repas sur une chaise spéciale ; elle passe toutes ses journées dehors de 9 heures à 11 heures le matin et de 1 heure à 5 heures le soir. Au bout de deux à trois mois de ce régime, on aurait constaté un empâtement de la hanche ?

En avril 1902, on ramène l'enfant à Paris ; elle est pâle et amaigrie.

23 avril.— Elle part à Berck ; on lui trouve un abcès en avant

de l'articulation, que l'on ponctionne deux fois ; il est sorti la contenance d'un œuf de pus à chaque fois. L'abcès se fistulise et dure jusqu'en octobre 1902. Pendant tout ce temps, l'enfant garde le lit, toujours avec son Hessing.

23 octobre 1902. — On la ramène à Paris ; elle recommence à marcher ; son état général est bon, si ce n'est qu'elle vomit de temps en temps.

De novembre 1902 au 25 décembre 1903, nouveau séjour à Berck ; l'enfant marche très peu ; elle sort beaucoup en voiture, toujours munie de son Hessing.

25 décembre. — Elle revient à Paris, puis repart à Berck, le 3 janvier 1904, pour un très long séjour, jusqu'en septembre 1905 ; elle marche seulement un peu dans l'appartement ; on l'assied pour les repas et les leçons.

En janvier 1905, on lui découvre un nouvel abcès, très petit, de la grosseur d'un œuf de pigeon ; une ponction suffit à le guérir ; on la garde à l'immobilité complète pendant un mois ; puis elle reprend la même vie.

23 septembre 1905. — Elle quitte Berck pour revenir à Versailles ; elle est toujours munie de son appareil de Hessing ; elle marche davantage et va au parc dans une voiture tirée par un âne, restant à l'air toute la journée.

En août 1905, on la ramène à Berck ; on commence à lui faire des massages, et on remplace le Hessing par un appareil en cuir arrivant au genou.

En septembre 1905, elle revient à Versailles ; on continue les massages deux fois par semaine ; on supprime la voiture et elle marche davantage.

8 août 1906. – Nouveau départ à Berck ; on lui découvre un petit abcès que l'on ponctionne ; il sort quelques gouttes de

pus. L'enfant reprend sa vie ordinaire après quinze jours d'immobilisation au lit.

1er octobre 1906. — Retour à Versailles ; les massages sont supprimés ; en février 1907, on remplace l'appareil par de simples bandes Velpeau, seulement pour la soutenir. Elle reste toute la journée debout mais sans faire de courses ; elle marche d'ailleurs horriblement mal et se fatigue très vite ; sa mine, ordinairement satisfaisante, s'altère beaucoup après la moindre marche.

En octobre 1907, les chirurgiens qui la soignent trouvent que tout va bien ; mais l'un d'eux propose le redressement de la cuisse qui est en adduction très prononcée.

12 novembre 1907. — Une crise très douloureuse se déclare ; l'enfant ne peut plus poser le pied à terre ; elle pousse des cris la nuit et se plaint toute la journée.

M. Ducroquet, appelé en consultation, constate une récidive légère qu'il attribue à une entorse produite à la faveur de l'ankylose incomplète. Il y a, à ce moment, 5 à 6 degrés de mouvements dans la hanche luxée.

M. Ducroquet met l'enfant à l'immobilisation absolue dans un plâtre ; les douleurs cessent au bout de vingt jours.

Depuis, cette enfant est toujours immobilisée au lit avec un appareil qui permet d'obtenir un redressement très progressif du membre.

CONCLUSIONS

En résumé :

1° La coxalgie, prise au début, guérit avec le retour intégral des fonctions de la hanche, dans la plupart des cas, si le traitement est appliqué régulièrement. Pour les cas d'intensité moyenne, la durée du traitement est d'environ trois ans.

2° Une faute dans le traitement détermine fréquemment l'ankylose ou la luxation.

3° Le traitement appliqué tardivement, de façon régulière, aboutit à la guérison par ankylose en bonne position. Pour les cas d'intensité moyenne, la durée du traitement est de quatre ou cinq ans.

4° La coxalgie non traitée ou traitée d'une manière défectueuse aboutit fatalement à l'ankylose en mauvaise position, et le plus souvent à la luxation.

Vu : le président de la thèse,
RECLUS

Vu : le Doyen,
LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
LIARD

Imp. spéciale de la librairie Rousset, 12, rue Monsieur-le-Prince, Paris.